Aus der Universitätshautklinik zu Breslau
Direktor: Prof. Dr. H. Gottron

Die Tuberkulose der Vulva

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
in der Medizin bei der Hohen Medizinischen Fakultät der
Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

Vorgelegt von
Herbert Grüssner

Breslau 1940

Druck von Brehmer & Minuth, Breslau 2, Tauentzienstraße 29

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

1. Referent: Prof. Dr. Gottron

Dekan: Prof. Dr. Gottron

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben
Eltern in Dankbarkeit gewidmet

Seit Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch sind eine Reihe von größeren Arbeiten über die Tuberkulose der Vulva erschienen. Vor diesem Zeitpunkt hat zu dieser Frage nur Huguier im Jahre 1849 das Esthiomène der Vulva beschrieben und unter anderen Entstehungsursachen auch die Tuberkulose angenommen. Auf Grund anatomischer und pathologischer Untersuchungen haben zuerst Cayla und Winkler Ulcerationen der Vulva als tuberkulöse festgestellt. Nach 1900 erschienen dann die Abhandlungen von Jesionek, Bender, Logothetopulus, Nobl*, Seifert, Bulkley und in jüngster Zeit von Röderer, Rochat, L. Popoff und J. Gate und P. J. Michel, die sich alle auf Grund eigener Beobachtungen veranlaßt fühlten, über die Tuberkulose der Vulva zu schreiben.

Daneben waren es einige Gynäkologen, die über die Ätiologie der Esthiomène oder des Lupus vulvae oder Ulcus rodens Betrachtungen anstellten, und zwar: Viatte Germain 1891 über klinische und histologische Untersuchungen des Lupus vulvae, Schade über Ulcus vulvae chronicum, Rieck und Halter.

Auch Jesionek behandelt in seiner Arbeit über die Vulvatuberkulose das Esthiomène. Von Daniel Konstantin ist im Jahre 1913 ein Aufsatz über die elephantiastische Tuberkulose der Vulva erschienen. Neben diesen größeren Arbeiten sind laufend von den verschiedensten Autoren in der in- und ausländischen Fachliteratur Beobachtungen über tuberkulöse Erkrankungen der Vulva veröffentlicht worden. Daß diese Beobachtungen aber sehr spärlich sind, geht aus einigen Statistiken hervor. Vallas hat im Jahre 1887 unter 32 bis dahin veröffentlichten Fällen von ulceröser Hauttuberkulose nur 2 Fälle mit Lokalisation an der Vulva gefunden. Jesionek fand unter 4500 weiblichen Hautkranken nur 14 Fälle von Vulvatuberkulose. Bender konnte bis 1906 32 Fälle und Bulkley bis 1915 72 Fälle zusammenstellen. Bender fand unter 385 Fällen von Lupus vulgaris nur einen an der Vulva lokalisiert. Seifert stellt in seiner Arbeit 30 Fälle, nach dem Infektionsweg und der Diagnose geordnet, zusammen und fügte 3 eigene Beobachtungen hinzu. L. Popoff berichtet über 8 eigene Beobachtungen.

Die veröffentlichten Fälle sind meist sehr unvollständig und zum Teil weder durch histologische oder bakteriologische Befunde, noch

durch den Tierversuch bewiesen. Entweder enthalten die Veröffentlichungen überhaupt keine Angaben über Histologie, Bakteriologie sowie Tierversuche oder nur sehr ungenaue.

Ich selbst habe aus der Fachliteratur, und zwar der dermatologischen und gynäkologischen, 98 Fälle von Vulvatuberkulose zusammengestellt und 5 Fälle aus dem Krankengut der Universitäts-Hautklinik, wobei ich alle Fälle mit der Diagnose Vulvatuberkulose ohne Rücksicht auf histologische oder bakteriologische Beweise oder sonstige nähere Angaben einbezogen habe.

Diese Erkrankungsfälle betreffen folgende klinische Formen:

1. Lupus vulgaris, 14 Fälle.
2. Tuberkulosis verrucosa cutis, 1 Fall.
3. Tuberkulosis colliquativa cutanea et subcutanea, 6 Fälle.
4. Ulceröse Form:
   Tuberkulosis miliaris ulcerosa cutis, 18 Fälle.
   nichtmiliare tuberkulöse Ulcerationen, 38 Fälle.
5. Ulcerös-hypertrophische Form, 15 Fälle.
6. Elephantiasis tuberculosa, 2 Fälle.
7. Bartholinitis tuberculosa, 2 Fälle.
8. Tuberkulide, 3 Fälle.
9. Ohne genaue Diagnose, 4 Fälle.

Wenn man als absolute Beweise für die tuberkulöse Ätiologie eines Prozesses den Befund von Tuberkelbazillen im histologischen Schnitt, Kultur, Tierversuch und eine der Tuberkulinhautreaktion parallel gehende Herdreaktion ansieht, so kann man als relative Beweise die tuberkuloide Struktur des histologischen Bildes, den Fund von Tuberkelbazillen in Urin, Sekreten der inneren Genitalien und Sputum, positive Tuberkulinreaktion und positive Blutkultur bezeichnen. Das klinische Bild allein dürfte demnach nicht zur Stellung der Diagnose genügen. Nur beim Lupus vulgaris könnte man sich mit der Feststellung der Lupusknötchen begnügen. Jesionek sagt, daß man bei sonst mangelhaften klinischen und histologischen Schilderungen kein allzu großes Gewicht auf die Erwähnung von Tuberkelbazillen in Sekretmassen legen darf, weil die Verwechslung mit den auch acidoresistenten Smegmabazillen sehr leicht ist, und der Nachweis beim Lupus vulgaris überhaupt sehr schwer ist.

Sehe ich in meiner Zusammenstellung von den Fällen ab, bei denen das Fehlen jeglicher näherer Angaben eine kritische Untersuchung nicht erlaubt (23 Fälle), so bleiben als absolut bewiesen 53 Fälle und als relativ bewiesen 27 Fälle.

Was die Pathogenese der Vulvatuberkulose anlangt, so kommen hier, wie auch bei anderen Lokalisationen, 3 Entstehungsmöglichkeiten in Frage:

1. exogener Infektionsweg,
2. endogener Infektionsweg,
3. Infektion von einer Tuberkulose der Nachbarschaft aus.

Die exogene Form ist die seltenste und kann durch tuberkulös infizierte Gegenstände wie Finger, Kleidungs- oder Wäschestücke, Instrumente, Katheter, Pessare, Irrigatoren, Kanülen, Schwämme oder masturbatorische Instrumente entstehen. Dabei kann die Ansteckung und Übertragung von einem anderen Menschen oder von einem tuberkulösen Herd des betreffenden Kranken selbst erfolgen, zum Beispiel bei einem Lungentuberkulösen durch mit tuberkulösem Sputum infizierte Finger. Dieser Vorgang wird als Autoinokulation bezeichnet. Außerdem kann die Ansteckung durch den Coitus erfolgen. Daß eine solche Ansteckung durch den Coitus mit einem an einer Genitaltuberkulose leidenden Mann möglich ist, dürfte wohl nicht anzuzweifeln sein. Auch Jesionek glaubt an diese Möglichkeit, meint aber, daß es bei Ehegatten, von denen einer an einer Genitaltuberkulose leidet, andere leichtere Möglichkeiten als den sexuellen Verkehr gäbe. Die Frage, ob das Sperma eines Lungentuberkulösen (Phthisikers) unter Ausschluß einer jeden genitalen tuberkulösen Erkrankung Tuberkelbazillen enthält, und so eine Möglichkeit der Ansteckung gegeben wäre, ist öfter gestellt worden. So sagt Nobl*, daß diese Frage noch nicht im positiven Sinne entschieden ist, und Seifert, daß diese Möglichkeit von Gynäkologen abgelehnt wird, weil das Sperma von Phthisikern keine oder nur sehr spärliche Bazillen enthält, und in der Vagina wenig günstige Lebensbedingungen für Bakterien vorhanden sind. Über den letzten Punkt dagegen ist Menge der Ansicht, daß das Scheidensekret durch den Samenerguß verdünnt und dadurch seine antibakterielle Wirkung verliert. Gatè und Michel führen Beispiele für die Möglichkeit einer Infektion durch den Coitus an. So wurde ein Meerschweinchen durch den Samen eines an Lungentuberkulose gestorbenen Menschen und ein zweites durch den Samen eines lebenden Phthisikers tuberkulös infiziert, wobei aber nicht zu ersehen ist, ob diese beiden Menschen frei von jeder tuberkulösen Genitalerkrankung waren. Nobl* zitiert zwei Autoren, von denen der eine (Curtlani) in scheinbar gesunden Hoden und Prostata von Phthisikern Tuberkelbazillen, und der zweite (Gärtner) sub finem vitae eine Überschwemmung aller Organe mit Tuberkelbazillen fand. Nach Seifert können die als Beweise für eine Ansteckung durch das

Sperma angeführten Fälle auch anders erklärt werden, nämlich daß der Penis oder die Vulva mit Speichel angefeuchtet würden oder durch perversen sexuellen Verkehr oder dem Coitus vorangehende Manipulationen (Sputumfinger). Für die erste Möglichkeit zitiert Gatè und Michel einen Fall, in dem eine bis dahin vollkommen gesunde Frau sich nach ihrer Verheiratung mit einem Lungentuberkulösen, der diese Angewohnheit hatte, eine Vulvatuberkulose zuzog.

Auch aus der Tiermedizin sind Beispiele für die Möglichkeit einer exogenen Entstehung durch Coitus vorhanden. So berichtet Röhrer über das Auftreten von primärer Vulvatuberkulose beim Rind. Sieben Kühe sind von demselben Bullen angesteckt worden, der später wegen Hodentuberkulose ausgemerzt worden war. Brauereisen* versuchte durch Experimente die Möglichkeiten der Cohabitationstuberkulose zu beweisen. Vier männliche Meerschweinchen mit schwerer innerer Genitaltuberkulose wurden mit 10 weiblichen Tieren vereinigt. Die Untersuchung der weiblichen Tiere ergab viermal Tuberkelbazillen im eitrigen Vaginalsekret, viermal Tuberkulose der Vaginalschleimhaut, zweimal Tuberkulose der Uterushörner, dreimal eitrigen Katarrh der Uterushörner und der Vagina ohne Bazillen.

Es ist also wohl die Möglichkeit der Ansteckung durch Coitus, wie überhaupt auf exogenem Wege, nicht mehr anzuzweifeln. Verschiedene Autoren weisen aber immer wieder auf die Seltenheit der exogenen Entstehung hin und nehmen ein Trauma oder Entzündung der Vulva als Vorbedingung an.

Nobl* hält das Kindesalter wegen der mehr vulnerablen Beschaffenheit der Vulva für besonders disponiert.

Ich habe in meiner Zusammenstellung 26 Fälle von exogener Vulvatuberkulose gefunden, darunter 13 bei Kindern. Daraus kann man ersehen, daß die besondere Disposition des Kindesalters viel Wahrscheinlichkeit für sich hat.

Auch das vorangegangene Trauma scheint eine Rolle zu spielen. So berichtet Seifert von einem Mädchen mit primärer Vulvatuberkulose, das die Gewohnheit hatte, sich an der Vulva zu kratzen, und tuberkulöse Kranke betreute.

Von den 26 Fällen enthalten nur wenige Angaben über die Infektionsquelle. Abschließend zu der Frage der Möglichkeit der exogenen Ansteckung möchte ich noch bemerken, daß sowohl Jesionek als auch Logothetopulus als Beweis nur die Obduktion gelten lassen.

Die Reaktion des Organismus auf eine exogene tuberkulöse Ansteckung ist davon abhängig, ob der Körper bisher von jeder

tuberkulösen Infektion verschont blieb oder nicht. Im ersten Falle kommt es zu einem echten Primäraffekt der Haut bzw. der Schleimhaut der Vulva und Primärkomplex, bestehend aus dem Primärherd und der Entzündung der regionären Lymphdrüsen (Primärkomplex nach Ranke). Hatte der Körper dagegen schon eine Tuberkulose durchgemacht, so kommt es durch Super- und Reinfektion zu einem Pseudoprimärkomplex. So berichten Flarer, Huseym, Popoff, Hellerström über echte Primärkomplexe an der Vulva, und Rochat und Popoff über Pseudoprimärkomplexe. Rochat sieht in seinem Falle das Trauma der Defloration als begünstigenden Umstand an.

Die endogene Vulvatuberkulose entsteht auf dem Blut- oder Lymphwege von einem im Körper vorhandenen Tuberkuloseherd, indem Tuberkelbazillen auf diesem Wege in die Haut gelangen. Allerdings darf aber aus einem in bezug auf tuberkulöse Erkrankung negativen klinischen Befund der Organe nicht der Schluß auf eine exogene Entstehung gezogen werden. Seifert hält den endogenen Weg für sehr zweifelhaft und keineswegs sicher begründet. Er führt einen Fall von Wolff an, bei dem eine hämatogene Entstehung angenommen worden war. Er glaubt aber eher an zufällige Autoinokulation durch Sputum. Von Jesioneks 14 Fällen hält er 2 möglicherweise für hämatogen entstanden. Jesionek selbst nimmt für die Tuberkulosis miliaris ulcerosa nur die hämatogene Entstehung an, da der klinische Charakter der Affektion gegen die primäre Infektion spricht, nämlich die miliare Gestaltung und das schubweise Auftreten, die an die miliare Tuberkulose anderer Organe erinnern. Auch Gatè und Michel erinnern an die oft schwierige Entscheidung der Entstehung, halten aber den hämatogenen Weg für möglich. Derselben Meinung ist auch Popoff.

In der Literatur habe ich, soweit nähere Angaben überhaupt vorhanden sind, 8 Fälle mit hämatogener Entstehung und 2 mit lymphogener Entstehung gefunden, von denen einer, der von einer Leistendrüsentuberkulose ausging, von Popoff beobachtet wurde. Die 8 hämatogenen Fälle enthalten sämtlich Angaben über klinisch und röntgenologisch nachgewiesene Lungenherde ohne irgendwelche Angaben über tuberkulöse Erkrankungen des Urogenitalapparates oder des Rektums.

Die häufigste Entstehungsart der Vulvatuberkulose ist zweifellos die von einer Tuberkulose der Nachbarorgane bzw. der Nachbarschaft ausgehende. Dabei kann die Infektion entweder von den inneren Genitalien, dem Harnapparat oder vom Rektum, tuberkulösen Leistendrüsen oder sonst einem tuberkulösen Hautherd der Nachbarschaft ihren Ausgang nehmen. In den ersten beiden Fällen

erfolgt sie auf descendierendem Wege (intracanaliculär), vom Rektum aus entweder über Anus und Damm per continuitatem oder durch eine Rectovaginal- oder Rectovulvarfistel und in den beiden letzten Fällen per continuitatem. Ist die Niere Ausgangspunkt der Infektion, so ist Blase und Urethra durchaus nicht immer mitergriffen, da der Tuberkelbazillus bis zur Harnröhrenmündung gelangen kann, ohne irgendwelche Läsion zu setzen. In 14 Fällen fand ich eine descendierende und in 11 Fällen eine Entstehung per continuitatem. Bei 39 Fällen sind überhaupt keine Angaben über den Entstehungsmodus vorhanden. Doch dürften hier die Erkrankungen, wie man bei vielen aus den sonstigen Angaben ersehen kann, zum größten Teil sekundär entstanden sein.

Die Erkrankung kann alle Teile der Vulva befallen. Am häufigsten lokalisiert sie sich an den großen Labien. Es folgen dann in weitem Abstand die kleinen Labien (2 : 1), Orificium urethrae, Clitoris Commissura posterior, Introitus vaginae, Hymen, Bartholinische Drüsen, ihre Ausführungsgänge. Dabei kann der Prozeß einseitig oder doppelseitig sein. Es können nur ein oder mehrere Teile befallen sein, und schließlich kann die ganze Vulva mehr oder weniger in den ganzen Krankheitsprozeß einbezogen sein.

Die Commissura posterior wird öfters vom Anus aus infiziert, ebenso wie die unteren Anteile der kleinen Labien. Die Rectovulvarfisteln scheinen Residuen früherer Bartholinitiden zu sein und nach Jesionek eine Lieblingslokalisation zu sein. Derselben Ansicht ist auch Jadassohn*. Dabei kann dann zuerst das rectale oder das vaginale oder vulvare Ende der Fistel befallen sein. Bei Jesioneks Fällen ist die erste Möglichkeit dreimal vertreten, die zweite einmal, und in zwei Fällen sind die Veränderungen an beiden Enden vollständig gleichmäßig.

Ich habe in meiner Zusammenstellung drei Fälle mit Beteiligung der Bartholinischen Drüse gefunden.

Die vom Rektum ausgehenden zeigen oft eine Mitbeteiligung von Anus und Damm und so den Weg, den die Infektion genommen hat. (Anus, Damm, Commissura posterior.) Ob man auch bei der Lokalisation an der Harnröhrenmündung einen Schluß auf die descendierende Entstehung durch tuberkulösen Harn ziehen kann, ist meiner Ansicht nach nicht zu entscheiden, da die Harnröhrenmündung bei allen Entstehungsmöglichkeiten ergriffen sein kann.

Oft sind auch die regionären Lymphdrüsen mitbefallen. Jesionek kann darüber keine exakten Angaben machen, da seine Fälle Prostituierte betreffen, bei denen auch andere nichttuberkulöse Infektionen vorliegen können. Er ist aber der Ansicht, daß die Tuberkulose der Haut und Schleimhaut in seinen Fällen das Lymph-

drüsensystem nicht in Mitleidenschaft gezogen hat, weil er keinen frischen Erkrankungsbefund der Lymphdrüsen verzeichnen konnte. Da es sich ja bei seinen Fällen ausnahmslos um sekundäre Erkrankungen handelt, erscheint diese Annahme ohne weiteres zuzutreffen. Denn nur zum Wesen des Primärkomplexes gehört die Entzündung der regionären Lymphdrüsen. Deswegen muß auch beim vulvaren Primärkomplex diese Forderung erfüllt sein.

In 10 Fällen von exogener Vulvatuberkulose habe ich Drüsenschwellungen gefunden. Bei der Mehrzahl aller Fälle fehlten jedoch Angaben über diesen Punkt vollkommen. Nur in wenigen Fällen ist ausdrücklich ein Fehlen von Drüsenschwellungen erwähnt. Dazu gehört auch der schon erwähnte Fall von Seifert, betreffend das 16 jährige Mädchen, das sich seine Vulvatuberkulose durch Kratzen an den Genitalien zuzog. Hier erwähnt Seifert ausdrücklich das Fehlen jeglicher Drüsenbeteiligung, hält aber doch an der primären Entstehung fest. Es dürfte sich aller Wahrscheinlichkeit hier um eine Reinfektion handeln, da man wegen des Fehlens der regionären Lymphdrüsenentzündung einen echten Primärkomplex ablehnen muß.

Die regionären Drüsen können bis zur Größe eines Hühnereies anschwellen, paketförmig verbacken, mit der Haut und der Unterlage verwachsen sein und schließlich aufbrechen. Im Fisteleiter können Tuberkelbazillen, oft aber auch andere Bazillen festgestellt werden.

Es scheint überhaupt neben den Geschlechtskrankheiten die Sekundärinfektion mit banalen Eitererregern für das Zustandekommen der Drüsenschwellungen eine wichtige Rolle zu spielen. Doch fehlen darüber Angaben und genaue Untersuchungen. Die Drüsenschwellung kann auch das Primäre sein. Über einen solchen Fall berichtet Popoff. Von der tuberkulösen Lymphdrüsenerkrankung aus entstand dann retrograd lymphogen die Vulvatuberkulose.

Am häufigsten befallen ist das Lebensalter zwischen 18 und 30 Jahren. An zweiter Stelle steht das Alter von 1 bis 18 Jahren, wobei hier das erste Jahrzehnt überwiegt. Die anderen Jahrzehnte treten weit zurück. Bei Jesioneks Fällen handelt es sich um Kranke im Alter von 18 bis 27 Jahren, und zwar meistens Prostituierte, die wegen venerischer Erkrankung eingewiesen worden waren. Auch verschiedene andere Autoren sind der Ansicht, daß besonders Prostituierte befallen sind. So sagt Jadassohn*, daß die Tuberkulose der Vulva bei kleinen Mädchen und Prostituierten nicht so selten sei. Dagegen bemerkt Popoff, daß seine Fälle nicht Prostituierte, sondern Frauen und Mädchen ohne

vorhergehende Geschlechtskrankheiten und ohne übertriebenen Geschlechtsverkehr betreffen. Auf die besondere Disposition des Kindesalters ist schon hingewiesen worden. Bei den Prostituierten spielen Geschlechtsverkehr und venerische Erkrankung als Trauma bzw. Entzündung eine das Angehen der Erkrankung begünstigende Rolle, was aber nach Ansicht vieler Autoren nur für die exogenen Fälle zutreffen soll. Es wäre aber durchaus möglich, daß auch bei der Entstehung auf descendierendem Wege und per continuitatem die Entzündung und das Trauma eine Rolle spielt, und der Tuberkelbazillus sich leichter auf einem entzündeten Gebiet ansiedelt. Deshalb könnte man die besondere Disposition der Prostitution schon gelten lassen. In meiner Aufstellung allerdings, soweit anamnestische Angaben vorhanden sind, überwiegen die Prostituierten nicht.

Betrachtet man den Allgemeinzustand der einzelnen Fälle, so findet man, daß alle primären Erkrankungen bezüglich einer Tuberkulose innerer Organe einen negativen Befund ergeben. Bei den tuberkulösen Pseudoprimärkomplexen kann oft der Befund von verkalkten Lungenherden erhoben werden. Die sekundären Formen lassen durch klinische und röntgenologische Untersuchungen Tuberkulose der verschiedenen Organe erkennen. An erster Stelle stehen hier die Lungenerkrankungen. Es folgen Erkrankungen der inneren Genitalien, des Darmes und des Harnapparates. Jesionek sagt von seinen Fällen mit Vulvatuberkulose, daß sie sämtlich eine Tuberkulose anderer Organe oder zumeist begründeten Verdacht auf tuberkulöse Erkrankungen erkennen lassen. Da bei jeder sekundären Erkrankung ja ein Ausgangspunkt da sein muß, und nach Logothetopulus der kleinste Herd aufflackern kann, dürfte eine genaueste röntgenologische und vor allem auch bakteriologische Untersuchung der Ausscheidungen weit häufiger eine Organtuberkulose feststellen lassen, als es bisher geschehen ist. Solche Untersuchungen sind einmal wichtig zur Stellung der Prognose und können wichtige Hinweise für die Pathogenese geben. Es dürfte kaum angebracht sein, bei einem Falle mit positivem Bazillenfund im Harn eine primäre Infektion anzunehmen, ohne Blase und Niere genau zu untersuchen.

Ebensowenig berechtigt ein negativer Organbefund zu der Annahme einer primären Entstehung.

Oft läßt erst im weiteren Verlauf der Erkrankung ein positiver Organbefund erheben.

Auch für die Aufstellung des Heilplanes ist der Allgemeinzustand zweifellos ausschlaggebend.

Hinweisend auf das Bestehen einer Organtuberkulose im aktiven Zustand ist immer Fieber und eine Verschlechterung des Allgemein-

zustandes. Von Jesioneks Fällen haben 9 Fieber, von denen 2 eine Darmtuberkulose, 6 eine Lungentuberkulose, einer eine Knochen- und Drüsentuberkulose zeigten. Da die primären Fälle sämtlich ohne Temperatur und ohne Verschlechterung des Allgemeinzustandes verlaufen, dürften diese Symptome immer durch anderweitige tuberkulöse Erkrankung oder durch eine andere Komplikation bedingt sein.

Subjektive Beschwerden sind immer abhängig von der Lokalisation. Krankhafte Prozesse an der Harnröhrenmündung bereiten beim Wasserlassen Schmerzen, was ohne weiteres einleuchtet. Das beweisen auch die Fälle mit dieser Lokalisation. Sonst bestehen Schmerzen beim Coitus, der auch Anlaß zu Blutungen sein kann. Defäkationsbeschwerden und die üblichen Cystitisymptome deuten auf eine Mitbeteiligung von Rektum und Blase hin. Von den ulcerösen Formen sagt Gatè und Michel, daß die funktionellen Störungen im allgemeinen wenig markant sind, wenig Spontanschmerz besteht, daß sie aber bei geringer Berührung empfindlich sind und den Coitus aus diesem Grunde verbieten. Nach Jesionek tritt erhebliche Schmerzhaftigkeit auf der Höhe der Erkrankung ein.

Auf das histologische Bild eines tuberkulösen Granulationsgewebes mit Epitheloidzelltuberkeln, Langhansschen Riesenzellen, Lymphocytenwall, Verkäsung und Tuberkelbazillen brauche ich nicht näher einzugehen. Wichtig zu wissen ist einmal, daß andere chronische Entzündungen, wie die Lues, eine tuberkuloide Struktur aufweisen können. Auf der anderen Seite aber zeigt das Bild in einzelnen Fällen: Lymphangiektasen, fibröse hypertrophische Reaktion, Papillomatosis, Vascularisation, Hyperkeratose und Nekrose. Beim Lupus vulgaris finden wir Konglomerate von Einzeltuberkeln, die zu Knoten zusammengesetzt sind und in das Corium eingesprengt sind. Boxer fand unter dem lupösen Gewebe im histologischen Schnitt große cystische Hohlräume ohne epitheliale Auskleidung, die mit Schleim ausgefüllt waren. Crosti beschreibt einen Fall von Esthiomène, der im histologischen Präparat ein gefäßreiches Gewebe mit zahlreichen Mastzellen, stellenweise von tuberkulösem Bau, zeigte. Kochsche Bazillen konnten nachgewiesen werden. Schade fand in einem Falle von Ulcus vulvae (rodens) kleine Tuberkel aus Epitheloid- und Riesenzellen, aber keine Verkäsung.

Jesionek erhebt bei zwei von seinen Fällen einen besonderen Befund. Er fand weitab vom eigentlichen Krankheitsherd in der scheinbar gesunden Peripherie scharf umgrenzte, runde, kleine Rundzellanhäufungen aus Lymphocyten ohne epitheloide Elemente, ohne Riesenzellen und ohne Bakterien. Er hält sie für miliare Lymphoid-

zelltuberkel und als erste Äußerungen eines krankhaften Vorganges inmitten vollkommen gesunden Gewebes. Klinisch war dieser Befund wegen der Kleinheit und Reizlosigkeit nicht wahrnehmbar.

Beim Scrophuloderm findet man ein tuberkulöses Granulationsgewebe mit Riesenzellen und nekrotischen Herden.

Über die verrucöse Tuberkulose (Fall von Nobl*) liegt kein histologischer Befund vor, weil die Patientin die Probeexcision abgelehnt hatte.

Der Nachweis von Riesenzellen oder Epitheloidzellen allein kann zur Sicherung der Diagnose nicht als ausreichend angesehen werden. Im Falle Geiger fanden sich im histologischen Präparat nur Epitheloidzellen. Der Tierversuch mit Ratten aber verlief negativ, ebenso die Pirquet-Reaktion. In der Lunge bestand allerdings eine Caverne mit positivem Bazillenbefund im Sputum.

Bisweilen wird es auch von der Schnittlegung, besonders von der Tiefe des Schnittes abhängen, ob man tuberkulöses Gewebe findet oder nicht. Seifert berichtet von einem Falle, bei dem in einem oberflächlichen Gewebsschnitt keine Tuberkulose zu entdecken war. Erst in einem tieferen Schnitt fand sich eine tuberkulöse Struktur.

Bezüglich des Typus des Tuberkelbazillus ist als Erreger der Vulvatuberkulose bisher nur der Typus humanus gefunden worden. Doch gibt Seifert auch die Möglichkeit einer Infektion durch den Typus bovinus zu. Eine solche Infektion wäre durch Milch, die zu Waschungen benutzt würde, möglich. Voraussetzung wäre allerdings, daß die Vulva durch entzündliche Prozesse ihres schützenden Epithels beraubt würde. Als entzündliche Prozesse kämen Ekzeme, Intertrigo, Lues, Gonorrhoe, Ulcus molle in Frage. Ein klinischer Beweis ist Seifert über diesen Erreger aber nicht bekannt. Auch im Schrifttum habe ich keinen Erkrankungsfall durch Typus bovinus gefunden.

Der Bazillus kann sowohl im histologischen Schnitt als auch im Ausstrich- oder Zupfpräparat nachgewiesen werden. In beiden letzteren ist er weit häufiger anzutreffen als in Gewebsschnitten. Der Nachweis gelingt am leichtesten bei der Tuberculosis miliaris, am schwersten beim Lupus vulgaris. Eine Verwechslung mit den auch acidoresistenten Smegmabazillen ist sehr leicht möglich. Hierüber sagt Jesionek, daß man beim Lupus vulgaris kein allzu großes Gewicht auf die Erwähnung von Tuberkelbazillen in Sekretmassen bei sonst mangelhaften klinischen und histologischen Schilderungen legen darf, weil die Verwechslung mit Smegmabazillen sehr leicht und der Nachweis von Tuberkelbazillen beim Lupus vulgaris sehr schwer ist. Auch beim Esthiomène gelingt der Bazillennachweis nicht immer. Es dürfte sich dann oft um eine andere Ätiologie

handeln. Rieck ist beim Ulcus rodens vulvae, das er immer für tuberkulös hält, der Ansicht, daß die Untersuchung auf Bazillen bei einem frischen Aufflackern des Prozesses erfolgen soll.

Zur näheren Differenzierung der gefundenen Bazillen ist in Zweifelsfällen das Kulturverfahren anzuwenden. Gelingt der Nachweis der Erreger weder im histologischen noch im Ausstrich- oder Zupfpräparat, so kann und muß der Nachweis durch den Tierversuch erfolgen.

Das Anlegen einer Blutkultur kann mitunter für die Frage der Entstehung von Wichtigkeit sein.

Öfters wird man auch andere Erreger finden.

Schließlich ist auch vom sozialen Standpunkt die Erfassung offener und bazillenhaltiger Fälle außerordentlich wichtig.

Popoff bezeichnet unter anderem als Ziel, welches er sich in seiner Arbeit gesetzt hat, einige wichtige immunbiologische Betrachtungen anzustellen. Er gibt auch vom immunbiologischen Standpunkt aus eine Einteilung der verschiedenen klinischen Formen der Vulvatuberkulose. Die echten Primärkomplexe sind zuerst im Zustand einer echten präinfektiösen Anergie; später zeigen sie Allergie. In seinem vierten Fall, einem echten Primärkomplex, ist die Intracutanreaktion nach Mantoux zuerst negativ, später positiv. Dazu möchte ich aus der Literatur einen analogen Fall von Urus anführen, bei dem es sich um eine seit drei Monaten verheiratete Frau mit einem leicht infiltrierten Ulcus am Hymen mit Leistendrüsenschwellungen handelte. Kultur und Tierversuch waren positiv. Die Reaktion nach Pirquet wurde erst in der zweiten Woche positiv. Da ihr Mann an einer offenen Lungentuberkulose litt, sie selbst keine Anzeichen einer Organtuberkulose zeigte, dürfte es sich auch hier um einen Primärkomplex mit echter präinfektiöser Anergie gehandelt haben.

Bei den Pseudoprimärkomplexen soll sich der immunbiologische Zustand als positive Anergie oder als postinfektiöse spontane Anergie oder endlich als manifeste Allergie zeigen. Die sehr schweren ulcerös-destruktiven und ulcerös-elephantiastischen Formen befinden sich im Zustand negativer Anergie, die lupösen und colliquativen Formen im allergischen Zustand. Betrachtet man nun die Fälle von Vulvatuberkulose in der Literatur, so kann man die Feststellung machen, daß sehr oft überhaupt keine Angaben über diesen Punkt da sind. Bei vielen sekundären Fällen sind die Tuberkulinreaktionen positiv als Ausdruck der Allergie. In einem an der Hautklinik in Breslau beobachteten Falle, betreffend eine 62 jährige Frau mit erbsengroßen Ulcera an der Vulva und im Mund mit positivem Bazillennachweis, war der positive Ausfall der

Pirquet-Reaktion und der Probe mit AT. 1 : 5000 fraglich. An den Lungen bestand ein infiltrativer katarrhalischer Prozeß mit Verdacht auf Cavernenbildung. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich andauernd. Die Temperatur stieg auf 39,4 an, und die Ulcera vergrößerten sich bis zu Pfenniggröße. Diesen Fall kann man als Beispiel für den Zustand einer negaviten Anergie anführen.

Während diese Feststellungen wichtige Hinweise für die Pathogenese und Prognose geben können, kann eine auf Tuberkulin eintretende Herdreaktion direkt als Beweis für die tuberkulöse Ätiologie angesehen werden. Von einem solchen Fall berichtet Schade, der seine Diagnose auf die Herdreaktion und den histologischen Befund von Tuberkeln mit Epitheloid- und Riesenzellen stützt. Viatte berichtet von einem Fall mit positivem Bazillenbefund und Lokalreaktion auf Kochimpfung. In einem Fall von Seifert bilden sich nach Tuberkulininjektionen Einlagerungen von miliaren Tuberkeln in der Mucosa des Gaumens und der Epiglottis. Harttung hält in seinem Fall betreffend eine Frau mit einer frischen Lues und zwei großen Ulcerationsflächen mit körniger Granulationsfläche und bazillärer Phthise die Herdreaktion an der Vulva (auf Tuberkulin Schmerzen, Rötung, leichte Blutung) für einen genügenden Beweis für die tuberkulöse Natur ohne Probeexcision oder einen anderen Beweis.

Im folgenden möchte ich mich nun näher mit den einzelnen klinischen Formen, wie ich sie anfangs erwähnt habe, beschäftigen.

Die bei weitem häufigste Form ist die ulceröse, bei der man, wie auch an anderen Stellen, eine Tuberkulosis ulcerosa cutis et mucosae miliares und die nichtmiliare Form unterscheiden kann. Diese Form ist wegen der häufigen Verwechslung mit venerischen Affektionen von großer Wichtigkeit. Die miliare Form ist die seltenere. Außer Jesionek, dem wir über diese Form eine besonders ausführliche Darstellung verdanken, berichten von Tuberkulosis ulcerosa miliaris Halter, Demme, Logothetopulus. Auch unter dem Krankengut der Breslauer Klinik habe ich einen solchen Fall gefunden. Einige Autoren führen die Tuberkulosis miliaris ulcerosa in ihren klinischen Einteilungen überhaupt nicht auf (Bulkley, Seifert, Gatè und Michel, Popoff).

Die miliare Form breitet sich in der Regel wenig in die Tiefe aus, soll aber auch zu zerstörenden Ulcera führen. Letzteres mag wohl auch der Grund dafür sein, daß die Tuberkulosis miliaris seltener erwähnt worden ist, weil in späteren Stadien sich große Geschwüre entwickelt haben und ihre miliare Entstehung nicht mehr erkennbar ist. Als begünstigend für die Geschwürsbildung führt Jadassohn* Fluor albus und Pruritus vulvae an. Jesionek

gibt eine sehr genaue Schilderung des klinischen Bildes. Es handelt sich immer um dieselben Erscheinungsformen, wo sie auch lokalisiert ist. Die Lieblingslokalisationen sind die Körperöffnungen. Die Primäreffloreszenzen sind kleine grau-weiße oder weiß-gelbe Knötchen, die sich aus Fleckchen entwickeln. Aus den Knötchen entstehen durch Konfluieren kleine, seichte Geschwürchen von etwa Linsengröße. Die Ränder sind scharf ausgeschnitten, wie mit feinen Hohlmeiseln ausgestochen, policyklisch begrenzt, leicht unterminiert. Der Grund ist mit schlaffen Granulationen bedeckt und sezerniert ein Sekret, in dem massenhaft Tuberkelbazillen zu finden sind. In der Peripherie des Ulcus bilden sich neue Knötchen. Durch weiteres Konfluieren entstehen größere Ulcera, deren gefranste, ausgenagte Ränder zeigen, daß sie aus kleinen Primärherden entstanden sind. Die Entwicklung von Ulcera aus Knötchen soll nach Jesionek etwa 3—8 Tage dauern. Da anfänglich keine Beschwerden bestehen, ist die Diagnose dieser Form im Anfangsstadium schwer und wird häufig als Nebenbefund entdeckt. Die Diagnose soll am leichtesten bei den Fällen sein, bei denen verdächtige Veränderungen um den Anus herum und auf der Rektalschleimhaut bestehen, während die isolierte Erkrankung der Vulva schwer zu diagnostizieren ist und erst durch Beobachtung, Histologie und Bakteriologie erkannt wird.

Weiterhin wird die Diagnose erschwert durch gleichzeitig bestehende venerische Affektionen. Jesionek erkannte in den meisten Fällen die Tuberkulose erst nach Ablauf der Lues oder Gonorrhoe nach längerer Beobachtung.

Über den weiteren Verlauf erlaubt er sich kein eigenes Urteil. Spontane Rückbildung wie auch Fortschreiten sind möglich. Als Komplikationen können papilläre Wucherungen des Geschwürsgrundes auftreten. Jesionek spricht dann von einer Tuberculosis mucosae papillaris. Combination mit elephantiastischen Vorgängen fand er nicht.

Über die nichtmiliaren Ulcerationen der Vulva sagt Jadassohn*, daß sie vor allem ausgezeichnet sind durch die Intensität der Infiltration, die bei glatter Geschwürsfläche schankriforme und bei höckriger epitheliomartige Beschaffenheit zeigen. Hier wäre dann die Differentialdiagnose gegen Schanker und Epitheliome zu stellen. Gatè und Michel weisen darauf hin, daß die ulceröse Form auch in reinem Zustand vorkommt, während man früher die hypertrophisch-ulceröse Form für die Regel hielt. Die Ulcerationen können einzeln und in der Mehrzahl auftreten. Die Ulcera können linsengroß sein, aber auch die ganze Vulva mehr oder weniger einnehmen und sich bis gegen den Anus hin erstrecken. Das Aussehen eines

Ulcus entspricht auch dem der an anderen Stellen lokalisierten Ulcera. Die Ränder sind unterminiert, gezackt, der Grund uneben, gar nicht oder nur leicht infiltriert, mit körnigen, schlaffen oder leicht blutenden Granulationen bedeckt. In einzelnen Fällen wird außerdem von hypertrophischen Zuständen, in anderen von gleichzeitig bestehender Elephantiasis der Vulva gesprochen. Doch sind die rein ulcerösen Formen weitaus häufiger. Am Grunde eines Ulcus können Tuberkel sichtbar sein.

Über den weiteren Verlauf sind wenig nähere Angaben vorhanden. Gatè und Michel sind der Ansicht, daß die Ulcerationen einmal vernarben, aber auch weiter fortschreiten können, chronisch werden oder in wenigen seltenen Fällen zur Generalisation oder Septicämie und damit zum Tode führen können. Es kann sich auch im späteren Verlauf ein hypertrophischer Prozeß einstellen und so zu den ulcerös-hypertrophischen Formen führen, die Gatè und Michel für die häufigste Form halten. Von Bulkleys 72 Fällen gehören 37 dieser Form an. Die Ulceration kann sich aber auch sekundär zu einem hypertrophischen Prozeß einstellen. Schließlich sollen als dritte Möglichkeit sich beide Arten gleichzeitig bilden können. Die hypertrophischen Prozesse befallen mit Vorliebe die großen und kleinen Labien und entwickeln sich langsamer als die ulceröse Form. Spontanheilung soll selten sein. Nach Excision tritt oft ein Recidiv auf. Ebenso kann es auch zur Sekundärinfektion kommen. In dem ulcerös-hypertrophischen Fall von Popoff stellt sich die Hypertrophie später als die Ulceration ein. Hier sind auch die großen Labien befallen. An Häufigkeit bleiben diese Fälle aber, wie schon erwähnt und soweit es aus den Angaben in der Literatur zu ersehen ist, weit hinter den rein ulcerösen zurück. Würde man allerdings dazu noch die Fälle von Lupus vulvae, Esthiomène oder Ulcus chronicum vulvae, die ja auch ulcerös-hypertrophische Prozesse darstellen, rechnen, so steigt ihre Anzahl um ein beträchtliches. Popoff führt sie in seiner klinischen Einteilung gesondert auf; Gatè und Michel erwähnen sie nicht. Sie halten sich dabei an die klinische Einteilung von Bulkley.

Ich will im folgenden Abschnitt nun alle Fälle mit der Diagnose: Lupus vulvae, Esthiomène oder Ulcus rodens, soweit sie tuberkulöser Natur sind, zusammenfassen.

Der Name Lupus ist früher häufig mißbraucht worden für ulceröse Prozesse verschiedenster Ätiologie, die von den Franzosen als Esthiomène, von Deutschen (besonders von Gynäkologen) als Ulcus rodens vulvae bezeichnet wurden. Alle diese Fälle entsprechen aber nicht dem klinischen Begriff des Lupus vulgaris, ob-

wohl unter ihnen eine Reihe tuberkulöser Natur sind. Nach Jesioneks Ansicht müßten aus der Reihe tuberkulöser Genitalerkrankungen folgende ausgeschieden werden: Esthiomène, Lupus vulvae, Herpes excedens, weil nicht der Versuch gemacht worden sei, den Nachweis der tuberkulösen Natur dieser Formen in exakter Weise zu erbringen. Der Begriff Lupus esthiomenos umfaßt nach ihm die verschiedensten Ursachen wie Epitheliome, Lues, Elephantiasis, Tuberkulose, Ulcus phagedänicum, chronisch-ulceröse Prozesse unspezifischer Art, so daß der Name Lupus vulvae schließlich nur ein symptomatischer Begriff sei. Derselben Ansicht sind auch andere Autoren. Jadassohn* und Fr. Koch behaupten, daß das Ulcus chronicum sive elephantiasticum unabhängig von tuberkulöser Infektion sei und zum großen Teil identisch sei mit dem Esthiomène der Franzosen und dem Lupus vulvae der Deutschen. Jesionek gibt dann in seiner Arbeit eine eingehende Schilderung des Bildes des Esthiomène, ohne jedoch in der Ätiologie die Tuberkulose anzuführen. Fr. Koch will für diese Prozesse den Namen Ulcus vulvae haben und nicht Esthiomène, da er zu sehr an Lupus erinnert, aber nichts mit dem Begriff Lupus zu tun hat. Er spricht von einer aus elephantiastischen Verdickungen und Ulcerationen sich zusammensetzenden, therapeutisch schwer zu beeinflussenden, seines Wissens nicht spezifischen Affektion, die besonders bei Patienten mit eitrigen Prozessen in den Inquinaldrüsen vorkommt. Lues oder Tuberkulose wäre durch Histologie nicht nachzuweisen. Er fordert zur Diagnose und Klärung der Ätiologie bakteriologische und histologische Untersuchungen und die Inokulation.

Von verschiedenen anderen Autoren wird aber darauf hingewiesen, daß diese Erkrankungen auch tuberkulöser Natur sein können. Nobl* sagt, daß zwar der Begriff Lupus vulvae nicht unserem heutigen Lupus vulgaris entspricht, daß aber sicher unter den Fällen von Esthiomène und Lupus vulvae manche tuberkulöser Natur sind. Es handelt sich um eine Kombination von Elephantiasis und durch Verschwärung bedingte Zerstörung. Im histologischen Bild fänden sich Epitheloid- und Riesenzellen, Tuberkelknoten, ja selbst Tuberkelbazillen. Beim Fehlen jeder anderen ätiologischen Grundlage spricht er von einer modifizierten Manifestation der Tuberkulose.

Rieck zieht den Schluß, daß alle Ulcera rodentia tuberkulöser Ätiologie sind, und lehnt eine andere Ätiologie ab, weil dafür keine Beweise geliefert worden sind. Daß bei vielen Fällen keine Beweise für Tuberkulose gefunden würden, läge an der Probeexcision. Diese soll bei akuter Propagation des Prozesses vorgenommen werden. Zum Beweise seien Bazillenfunde im Gewebe und nicht nur im

Sekret notwendig. Ganz entgegengesetzter Ansicht ist Jeß, der Riecks Ansicht ablehnt und als Ursachen schlechte Ernährung und Heruntergekommenheit angibt.

Schade wiederum sieht in nahezu allen Fällen die Tuberkulose als die Ursache des Ulcus rodens an. Schließlich ist noch Viatte anzuführen, der den Lupus vulvae oder das Esthiomène für einen Ausdruck eines krankhaften Geschehens hält, das auf keiner einheitlichen pathologischen-anatomischen oder ätiologischen Diagnose beruht. Bis zu seiner Zeit sind keine Beweise für Tuberkulose geliefert worden. Doch führt er selbst zwei Fälle von Lupus vulvae an, von denen einer Ulcerationen und polypenartige Wucherungen hatte. Bei diesem fand er dreimal Tuberkelbazillen in Auskratzungen der Vulva. Der zweite Fall war nicht tuberkulöser Natur.

In jüngster Zeit hat Popoff zu dieser Frage Stellung genommen und sich unter anderem in seiner Arbeit das Ziel gesetzt, zu beweisen, daß wenigstens nach seiner Auffassung der größte Teil der Esthiomène-Fälle (ulcerös-hyperthophe Vorgänge der Vulva) tuberkulöser Natur sind, was der allgemeinen Auffassung widerspricht. Er führt vier Fälle an, von denen er aber nur einen durch Tierversuch als tuberkulös beweisen konnte. Bei den drei anderen sind Tierversuche und Bakterienbefunde negativ.

Ich habe in der Literatur 15 Fälle mit der Diagnose Lupus vulvae, Esthiomène oder Ulcus rodens vulvae gefunden, von denen 10 durch Bakterienbefund oder Herdreaktion oder Sektionsbefund als tuberkulöse bewiesen werden konnten. Die anderen stützen sich nur auf den histologischen Befund.

Popoff stellt in einem Fall die Diagnose per exclusionem. Das klinische Bild kann sehr verschieden sein. In den als Ulcus rodens bezeichneten Fällen steht die Ulceration im Vordergrund. Daneben finden sich aber immer hypertrophische Zustände. Die Ulcerationen können bis Handtellergröße und darüber erreichen. Sie haben auch unterminierte Ränder. Der Grund ist speckig belegt und mißfarben. Krömer fand in seinem Fall am Geschwürsgrund typische Tuberkelknötchen. Die Ulceration kann zu weitgehenden Zerstörungen der ganzen Vulva führen.

Rieck charakterisiert das klinische Bild des Ulcus rodens folgendermaßen: Chronizität, Fistel- und Durchbruchsbildung, elephantiastische Wucherung und kolbige Verdickung. Diese Merkmale finden sich auch in den anderen Fällen gleicher klinischer Diagnose. Die elephantiastischen Vorgänge sollen nach Schade durch das Ulcus bedingt sein, also sekundär sein, und durch andauernden entzündlichen Reiz entstehen. Anderer Ansicht ist hier Jesionek für das

Esthiomène. Hier stehen im Vordergrunde die Volumenzunahme, die stets primär sein soll, mit zerklüfteter, gekerbter, warziger, knötchenartiger oder papillomatöser Oberfläche. Erst sekundär kommt es zu Ulcerationen mit groben, speckigen, glänzenden, graurötlichen Granulationen, die zu tiefgreifenden Zerstörungen führen. Aus dem torpiden Charakter der Ulcerationen will Jesionek darauf schließen, daß sie nicht die ersten Manifestationen sind. Popoff führt ein Beispiel an, wo die Ulcera erst sekundär auftreten. In zwei anderen Fällen (Popoff und Crosti) waren nur hypertrophische Prozesse ohne Ulcerationen vorhanden.

Wir finden also bei diesen Fällen elephantiastische Vorgänge mit und ohne Ulcerationen. Daß eine Reihe dieser Fälle tuberkulösen Ursprungs sind, steht wohl eindeutig fest. Bei einem zweiten Teil stützt sich die Diagnose auf Tuberkulose nur auf histologische Befunde. Bei einer dritten Gruppe ist es ebenso sicher, daß sie nicht durch Tuberkulose verursacht sind. Bleibt nur die Frage offen, welche Bezeichnung für sie am zweckmäßigsten wäre und welcher klinischen Form man sie zurechnen soll, oder ob die Eigenart des klinischen Bildes eine Sonderstellung rechtfertigt.

Ergänzend zu den rein hypertrophischen Fällen von Popoff und und Crosti möchte ich noch die Fälle erwähnen, die unter der Diagnose Elephantiasis tuberculosa erwähnt sind. Daniel Konstantin hat zu diesem Punkt Stellung genommen und unterscheidet zwei Gruppen: die primäre tuberkulöse Elephantiasis ohne vorherige Ulceration oder Läsion. Er führt eine Reihe von Autoren an, die solche Fälle veröffentlicht haben. Die zweite Grupe umfaßt die sekundäre Elephantiasis als Folge einer ulcerösen Tuberkulose der Vulva (= ulcerös-hypertrophische Form oder tuberkulöses Esthiomène). Im histologischen Bild sollen sich alle Characteristica typischer Tuberkel mit Riesenzellen, Verkäsung und Kochschen Bazillen finden. Auch positive Tierversuche und Tuberkulinproben sind zu verzeichnen. Die Bindegewebswucherung soll durch den Kochschen Bazillus hervorgerufen sein. Sie soll bei der ersten Gruppe durch Stase entstehen, die ihrerseits ihre Ursache in einer tuberkulösen „Toxi-Infektion" der lymphatischen Gefäße und ihrem Verschluß hat. Er selbst veröffentlicht einen Fall von Elephantiasis ohne Ulceration, stützt aber seine Diagnose nur auf den histologischen Befund und die Erfolglosigkeit einer antiluetischen Kur.

Auch von anderen Autoren sind Fälle dieser Art veröffentlicht worden, jedoch ohne absolute Beweise für die tuberkulöse Ätiologie. Es gilt daher für die Elephantiasis und ihre Ätiologie das schon bei der vorherigen Gruppe Gesagte.

So stellen also die Elephantiasisfälle auch nur entweder ulcerös-hypertrophische tuberkulöse Vorgänge der Vulva dar oder rein-hypertrophische.

Daher möchte ich ohne Festlegung eines bestimmten Namens alle bisher erwähnten Formen folgendermaßen ordnen:

1. Tuberkulosis miliaris ulcerosa cutis et mucosae,
2. die nichtmiliare ulceröse Form,
3. die ulcerös-hypertrophische Form,
4. die rein-hypertrophische Form.

Eine solche Einteilung findet man auch bei Bulkley, Daniel Konstantin und Michel und Gatè. Letztere weisen auch darauf hin, daß der Beweis für die vierte Form sehr schwer sei. Bulkley hat sieben derartige Fälle zusammengestellt, jedoch ohne absoluten Beweis, nur gesützt auf histologische Befunde. Sie fordern zur Diagnose die Inokulation. Im weiteren Verlauf können sich Ulcerationen einstellen und so zu der ulcerös-hypertrophischen Form führen.

Alle anderen Formen treten an Häufigkeit weit hinter den eben erwähnten Gruppen zurück. Das gilt auch vom Lupus vulgaris. Jadassohn* und Jesionek hatten noch nie einen solchen Fall gesehen. Jesionek weist darauf hin, daß nirgends eine genaue Schilderung der durch die eigenartige Lokalisation zu erwartenden Eigentümlichkeiten zu finden sei. Er verlangt zur Stellung der Diagnose Lupus vulgaris ausdrücklich die Erwähnung von Lupusknötchen, jenen circumscripten, spezifischen Grundelementen lupöser Erkrankung. Bei verschiedenen Fällen anderer Autoren sind jene Lupusknötchen nicht erwähnt, weshalb er zur Vorsicht gegenüber den Lupusfällen besonders von Nichtdermatologen mahnt. Auf diesen Punkt bin ich ja im vorigen Abschnitt näher eingegangen. Diese Knötchen kommen sowohl an der Haut als auch an der Schleimhaut vor. Ich habe in der Literatur insgesamt 11 Fälle von Lupus vulgaris und im Krankengut der Universitäts-Hautklinik Breslau drei Fälle gefunden. Von diesen vierzehn Fällen ist nur einer durch Tierversuch vollkommen bewiesen. Dieser Fall stammt von Popoff. Neun Fälle stützen sich nur auf den klinischen Befund, von denen noch sechs histologische Beweise haben. Die anderen Fälle enthalten keine näheren Angaben. Oppenheim* berichtet über einen Lupus vulgaris tumidus sclerosus exulceratus, bei dem eine schwimmhosenähnliche Lokalisation bestand und in dessen atrophischen policyclisch begrenzten Narben Lupusherde vorhanden waren. Gleichzeitig bestand aber auch ein großes Ulcus mit callösen Rändern. Oppenheim* bezeichnete diesen Fall klinisch als Lupus

esthiomenos und beschuldigte den Lupus vulgaris als Ursache dieses Ulcus chronicum simplex vulvae et ani. Gatè und Michel weisen in ihrem Abschnitt über den Lupus vulgaris darauf hin, daß auf Grund der Schleimhautstruktur und ihrer habituellen Maceration sich häufig Ulcerationen einstellen und vielleicht einige chronische ulceröse Formen nichts anderes als ein Lupus ulcerosus sind. Auch Simon berichtet über einen Lupus vulgaris ulcerosus und papillomatosus. Ähnlichkeit mit obenerwähntem Fall von Oppenheim* hat auch der Fall von Popoff. Hier handelt es sich um hypertrophische, ulceröse und infiltrative Prozesse mit Lupusknötchen, Narben und kalten Abszessen. Popoff stellte hier die Diagnose Lupus vulgaris und hypertrophisches Esthiomène. Sollten diese beiden Fälle und der Hinweis von Gatè und Michel nicht zu der Frage berechtigen, ob nicht doch hinter einigen der Esthiomène- oder Lupus-vulvae-Fällen ein Lupus vulgaris steckt, zur Zeit des Beobachtungsbeginnes nur von Lupusknötchen nichts mehr zu entdecken war?

Öfters soll nach Gatè und Michel der Lupus vulgaris auch ein hyperkeratotisches, leukoplasieähnliches Aussehen annehmen.

Was das Scrophuloderm oder die Tuberkulosis colliquativa cutis anlangt, so sind alle Autoren darüber einig, daß es zu den seltensten Formen tuberkulöser Vulvaerkrankungen gehört. Popoff meint sogar, daß sein Fall nach seiner Kenntnis der einzige sei und ein Scrophuloderm an der Vulva noch nicht beschrieben worden sei. Nur an den männlichen Genitalien sei bisher ein solches beobachtet worden. Dagegen kann ich erwidern, daß außer seinem Fall noch drei an der Vulva lokalisierte bekannt sind, und zwar einer von Jesionek in Kombination mit Tuberkulosis miliaris ulcerosa, einer von Karajahn, einer von Seifert. Einen weiteren Fall von Scrophuloderm habe ich unter dem Krankengut der Universitäts-Hautklinik Breslau gefunden. Jesionek beschreibt seinen Fall ausführlich: An der äußeren Haut der Vulva bestanden Knoten, Geschwülste, Ulcera, Narben und folliculäre akneartige Knötchen, die scheinbar nur verschiedene Entwicklungsstadien ein und derselben Primäreffloreszens, welche Behauptung dann durch den Verlauf bewiesen wurde, darstellen. Es bildeten sich aus den Knoten durch Erweichung Ulcera mit Fisteln oder es kam nicht zur Erweichung, sondern zur Vergrößerung der Knoten und Bildung von nuß- bis taubeneigroßen geschwulstartigen Massen von unregelmäßigem groblappigem, pilzartigem Bau. Nach operativer Entfernung traten teilweise Recidive auf. Über das Wesen des Scrophuloderms führt er dann die Ansichten verschiedener Autoren an und hält selbst die Ansicht Jadassohns* für die zutreffendste, der das Scrophuloderm für eine selbständige Erkrankung mit einer charakteristischen Primärefflores-

cenz, dem erweichenden Knoten, hält und zwischen primärem und secundärem Scrophuloderm unterscheidet.

Gatè und Michel berichten als klinische Form über tiefliegende Prozesse, Fistel und Abscesse, und verstehen darunter wohl das Scrophuloderm. Tiefe tuberkulöse Läsionen der darunterliegenden anatomischen Organe kommen zur Ulceration und bilden Fisteln und Abszesse. Dies entspricht dem Bilde des per continuitatem entstandenen Scrophuloderm.

Außer den fünf Scrophuloderm-Fällen, von denen drei als absolut bewiesene Tuberkulosen anzusehen sind, fand ich in der Literatur noch einen Fall von gummöser und fistulöser Vulva-Tuberkulose mit positivem Tierversuch von Levy-Glasser*. Hier dürfte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch um ein Scrophuloderm gehandelt haben. Nähere Angaben über diesen Fall sind leider nicht vorhanden.

Über die Tuberkulosis verrucosa sagt Jadassohn*, daß sie nur ganz ausnahmsweise an der Vulva vorkommt. Ich habe in der Literatur nur einen einzigen Fall, und zwar den von Nobl* gefunden. Seine Diagnose lautet: Plaqueförmige, verrucöse und papillomatöse Tuberkulose der Vulva in Kombination mit miliär-ulcerösen Läsionen mit positivem Bazillenbefund nur in den miliär-ulcerösen Efflorescenzen. Er selbst vergleicht seinen Fall mit dem von Rieck und Viatte und bezeichnet als gemeinsames Merkmal: Kombination von destruierender ulceröser Tuberkulose mit vegetierenden, zu Tumorenbildung neigenden hypertrophischen Formen.

Während diese beiden jedoch ihre Fälle als Ulcus rodens bzw. als Lupus vulvae bezeichneten, erwähnt Nobl* nochmals ausdrücklich, daß an der großen Labie und den Rändern der kleinen Labie das typische Gepräge der als Tuberkulosis verrucosa et papillomatosa cutis bekannten Form bestand.

Seifert zitiert einen Fall von Arndt und Behrmann, bei dem an der rechten großen Labie eine tumorartige Anschwellung, die zum Teil papillär zerklüftet war, bestand. Die Autoren bezeichneten den Fall als eine Übergangsform von Tuberkulosis verrucosa cutis zu Elephantiasis tuberculosa.

Damit wäre das Gebiet der Hauttuberkulosen der Vulva, soweit die einzelnen klinischen Formen überhaupt in der Literatur erwähnt worden sind, umrissen. Anschließend sei noch über die Tuberkulide berichtet.

Es ist mehrfach darauf hingewiesen, daß diese auch an der Vulva vorkommen sollen. Planner berichtet über eine Tuberkulosis

papulo-necrotica an den kleinen Labien; Danlos und Pathaut bei einer 44 jährigen Frau über eine Erkrankung der Vulva, die Ähnlichkeit mit einem Boeckschen Sarcoid hatte und den Tuberkuliden zugezählt wurde; Straßmann über eine Folliculitis acneiformis necroticans paratuberculosa vulvae und nimmt an, daß sie vielleicht durch Toxine bedingt sei. Seifert zitiert einen Fall von Jordan mit Tuberkulid an den äußeren Genitalien.

Weitere Beobachtungen über das Vorkommen von Tuberkuliden an der Vulva habe ich in der Literatur nicht gefunden. Aus den wenigen und ungenauen Angaben sich ein näheres Bild über diese Affektion zu machen, dürfte wohl unmöglich sein. Ebenso unmöglich ist es auch, die bisherigen Fälle auf ihre Echtheit nachzuprüfen. Doch dürfte es wahrscheinlich sein, daß ebenso wie die anderen Formen auch Tuberkulide an der Vulva vorkommen.

Nach dieser klinischen Einteilung will ich nun über die Fälle von Vulvatuberkulose berichten, die ich in der Universitäts-Hautklinik Breslau gefunden habe.

1. Fall:

M. P., Lehrersfrau, geb. 13. 2. 1872. Beginn der Behandlung 30. 6. 34. Familienanamnese: Mutter an Brustkrebs gestorben. Keine Tuberkulose in der Familie. Eigenanamnese: Mit 20 Jahren chronischer Bronchialkartarrh. Vor 4 Jahren wieder starker Bronchialkartarrh. Fünfwöchiger Aufenthalt in einer Lungenheilanstalt. In den nächsten Jahren gelegentlich Erkältungen. Vor 2 Wochen Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Husten. Vor 1½ Wochen traten am Genitale und an der Mundschleimhaut Geschwüre auf. Zu gleicher Zeit zeigten sich im Gesicht und am Körper rote Flecken.

Allgemeinbefund: Mittelgroße grazile Patientin in cachektischem Zustand. Hautfarbe gelb-blaß. Lungen: Infiltrativer, katarrhalischer Prozeß mit Verdacht auf Cavernenbildung. Andere Organe o. B.

Lokalbefund: Die großen Labien und die Falten zwischen den großen und kleinen Labien mit Übergreifen auf deren Außenseite sind stark angeschwollen und weisen zahlreiche bis über erbsengroße, tiefliegende Geschwüre auf. Der Rand derselben ist scharf, nicht verändert. Der Grund erscheint gekörnt und sondert einen weißlichen, gelben, dünnflüssigen Eiter ab. An der Mundschleimhaut finden sich oberflächliche, ulcerierte Plaques, schmierig belegt. Befallen sind hiervon Zunge, harter und weicher Gaumen. Urinbefund: Eiweiß (+), Urobilinogen (+), Zucker (—). Seroreaktion im Blut auf Syphilis negativ, ebenso Luetinreaktion sowie Gonorrhoe-Komplementbindungsrektion. Abstrichpräparate der Genitalgeschwüre: Tuberkelbazillen positiv, sonstige Bakterien negativ.

Sputum: Tuberkelbazillen in Anreicherung negativ. Blutplatten und Blutstatus o. B.

Verlauf und Therapie: Die Ulcera am Genitale werden mit Umschlägen mit Kalium permanganicum behandelt. Die Temperaturen liegen über 38°. Patientin klagt zeitweise über Atemnot.

Eine Lungenaufnahme zeigt ein geschrumpftes linkes Oberfeld. Die Spitze ist diffus verschattet mit kalkdichten Einlagerungen, zwischen denen unscharfe Aufhellungen zu sehen sind. Infraclaviculär besteht eine pflaumengroße ovale Aufhellung. Im Sputum und im Stuhl sind Tuberkelbazillen in Anreicherung negativ. Pirquet — (+) und A. T. 1:5000 — (+).

In den nächsten Tagen verschlechtert sich der Allgemeinzustand. Die Patientin bekommt schlecht Luft und wird zyanotisch. Die ulcerösen Herde der Vulva sind eher noch größer geworden. Teilweise erreichen sie Pfenniggröße. Die Temperatur ist über 39° angestiegen. Patientin wird auf eigenen Wunsch nach einem anderen Krankenhause verlegt.

Es handelt sich also bei diesem Fall um eine Tuberkulose der Vulva und der Mundschleimhaut, die durch den Nachweis von Tuberkelbazillen in den Geschwüren bewiesen ist. Dem klinischen Bild nach ist es eine Tuberkulosis miliaris ulcerosa cutis et mucasae. Die Entstehung dürfte hier aller Wahrscheinlichkeit nach auf hämatogenem Wege erfolgt sein. Dafür sprechen einmal der negative Bazillenbefund im Sputum und Stuhl und zweitens der Befund einer Tuberkulose der Lungen. Allerdings fehlen zum endgültigen Beweis noch die Untersuchung auf Bazillen im Urin und Cervixsekret. Es ist daher nicht ganz auszuschließen, ob die Geschwüre der Vulva nicht auch auf descendierendem Wege vom Harn- oder Geschlechtsapparat, und die Geschwüre der Mundschleimhaut auch trotz negativem Bazillenbefund im Sputum intracanaliculär entstanden sind. Doch ist die hämatogene Entstehung in diesem Falle wahrscheinlicher. Temperatursteigerung und Verschlechterung des Allgemeinbefindens sind bedingt durch die Lungentuberkulose, worauf ich eingangs schon hingewiesen habe. Leider fehlen zur weiteren Untersuchung und Bestätigung ein histologischer Befund und ein Tierversuch. Nach dem Resultat der Tuberkulinproben wäre, wie schon bei Erörterung der Immunbiologie erwähnt, dieser Fall als Beispiel für eine negative Anergie anzusehen. Darauf deutet auch der Allgemeinbefund hin.

2. Fall:

P. O., geb. 16. 4. 1901. Beginn der Behandlung 4. 4. 24. Familienanamnese: Als Kind Röteln. Vor 3 Jahren Drüsenschwellungen an

beiden Kieferwinkeln, die excidiert wurden. An den Excisionsstellen bildeten sich Fisteln, die niemals völlig heilten. Außerdem ist das rechte Bein amputiert worden, vielleicht, was allerdings aus dem Krankenblatt nicht hervorgeht, wegen eines tuberkulösen Knochen- oder Gelenkprozesses. Im Februar erst sollen sich Lupusherde gebildet haben.

Allgemeinbefund: Mäßiger Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Röntgenuntersuchung der Lungen ergibt Verschattung im Gebiet der Hilusdrüsen.

Lokalbefund: Der ganze Amputationsstumpf, das Gesäß, die Vulva und der linke Oberschenkel ist von einem ausgedehnten, z. T. krustösen, z. T. squamösen, z. T. ulcerösen Infiltratgebiet eingenommen. Weitere Herde mit Lupusknötchen befinden sich im Gesicht. A. T. 1 : 1000000 —, 1 : 100000 +, 1 : 50000 +, 1 : 5000 +. Pirquet +. Kontrolle —. Die Herde werden mit 10 % iger Salizylvaseline und Chloramin behandelt und heilen gut ab. Am 25. 4. 24 erfolgt Entlassung.

Nach 3 Jahren erscheint Patientin zur Wiederaufnahme. Die Genitalregion und der Amputationsstumpf sowie die benachbarten Teile sind von einer Hautaffektion eingenommen, die folgenden Charakter hat: Die Haut hat einen rosa-lividen Farbton, der Herd ist deutlich über das Hautniveau erhaben, scharf vom Gesunden abgesetzt und sehr derb, auch nach der Tiefe zu, so daß ein elephantiastisches Bild entsteht. Im Zentrum kontinuierlich, stehen an den Rändern Einzelherde. Die Oberfläche schuppt fein, an einzelnen Stellen ist ein stärkerer Schuppenbelag. Im Gesicht scharf begrenzte Rötung mit mäßiger Infiltration mit schuppenden Knötchen. In einzelnen Narbensträngen finden sich frische Lupusherde. A. T. 1 : 5000 + +. Im weiteren Verlauf stellt sich ein Erysipel des linken Beines und eine tuberkulöse Augenbindehautentzündung ein. Der Lokalbefund bleibt unverändert.

Auch bei der nächsten Aufnahme ein Jahr später ist der Lokalbefund unverändert. Nach 6 Jahren erfolgt zu Hause der Exitus.

Es handelt sich bei diesem Fall um einen Lupus vulgaris, der sich allerdings nur auf das klinische, jedoch recht kennzeichnende Bild stützt. Histologische Untersuchung auf Bakterien und Tierversuch sind leider unterlassen worden. Die Entstehung dürfte hier auf hämatogenem Wege oder per continuitatem erfolgt sein.

3. Fall:

D. J., geb. 1. 10. 1910. Beginn der Behandlung: 6. 7. 23. Familienanamnese: o. B. Eigenanamnese: Die Hautveränderungen bestehen seit 4 Jahren und sind am ganzen Körper gleichzeitig aufgetreten.

Allgemeinbefund: Sehr dürftig ernährt. Lungen: Im linken Oberlappen ein bronchitischer Prozeß. Röntgenuntersuchung: Beiderseits stark vermehrte Hiluszeichnung mit kleineren Verdichtungsschatten. Schleimhäute o. B.

Lokalbefund: Auf beiden Gesäßbacken, fast die ganze Fläche einnehmend, findet sich ein unregelmäßig begrenzter bräunlich-bläulich-rötlicher planer Herd, der in der Rima ani und nach der Glutäalfalte zu mit grünlich-gelben Krusten bedeckt ist und schuppt. Dieser Herd greift auf die rechte große Schamlippe über, die infiltriert ist. Weitere Herde befinden sich auf der rechten Oberschenkel-Innenseite, dem linken Fußrücken, der Streck- und Beugeseite der Beine, an der linken Ferse, am rechten Fußgelenk, an den Zehen, rechtem Arm, Nase und Wangen. Am Nasenherd sind Lupusknötchen sichtbar. Die Drüsen in der Leistengegend, Achselhöhle und am Hals sind kirschkerngroß. Pirquet +. Intradermo 1 : 5000 +, 1 : 50 000 (+), 1 : 100 000 —, 1 : 1 000 000 —.

Bei der nächsten Aufnahme ewa 1 Jahr später greifen die an beiden Gesäßbacken bestehenden Herde bis auf beide große Labien über. Der Lungenbefund erscheint unverändert. Bei der Entlassung ist der Gesäßherd gut abgeheilt.

Wiederaufnahme einige Monate später. Es finden sich neue Herde an den Ellenbogen. Die alten Herde sind unverändert und zeigen Vernarbungstendenz. Der Allgemeinzustand ist befriedigend. Drüsenschwellungen sind nicht festzustellen. Bei der Entlassung finden sich noch überall deutliche Knötchenbildungen.

Nach 2¾ Jahren erfolgt Neuaufnahme wegen Auftreten von neuen Herden.

Lokalbefund: Der gesamte Mons veneris und die großen Labien sind in toto, von einem nässenden hochroten Lupusherd eingenommen, der sich direkt in die großen lupösen Infiltrationen fortsetzt, die in zusammenhängender Fläche beide Gesäßhälften einnehmen. Die obere Begrenzung des Herdes am Mons veneris entspricht etwa der oberen Haargrenze. A. T. 1 : 1 000 000 —, 1 : 10 000 ++, 1 : 5000 ++. Pirquet +. Wassermann —. Lungen o. B. Im weiteren Verlauf treten Recidive an verschiedenen Körperstellen auf. Nach der Entlassung erscheint Patientin nicht mehr zur Behandlung.

Die Diagnose lautet hier ebenfalls Lupus vulgaris. Entstanden sind die Herde wohl zweifellos hämatogen. Der Herd an der Vulva dürfte dagegen per continuitatem vom Gesäß entstanden sein, wie man aus den einzelnen Lokalbefunden erkennen kann. Auch hier stützt sich die Diagnose wieder nur auf den klinischen Befund,

während alle anderen Untersuchungen unterblieben sind. Aber auch in diesem Fall ist die klinisch gestellte Diagnose eindeutig.

4. Fall:

S. M., geb. 13. 1. 1917. Beginn der Behandlung 4. 8. 24. Familienanamnese: Keine Tuberkulose in der Familie. Eigenanamnese: Gelegentlich Drüsenschwellungen am Hals. Der Krankheitsherd am Bein besteht seit 2 Jahren. Bald darauf bildete sich der Herd an der Vulva aus. Der Herd am Oberarm ist erst vor einem Jahr bemerkt worden.

Allgemeinbefund: Wohlgenährt und frisch aussehendes Kind. Herz und Lungen sind klinisch und röntgenologisch o. B. Wassermann negativ. An beiden Kieferwinkeln und in beiden Leistenbeugen sind bis haselnußgroße, derbe, isolierte, nicht schmerzhafte, gut verschiebliche Drüsen tastbar. Am ganzen Körper, besonders am Stamm besteht ein ausgedehnter Lichen scrofulosorum.

Lokalbefund: Am rechten großen Labium und gegen den Anus hin befinden sich 2 bohnengroße, leicht schuppende Infiltrate, die ziemlich stark erhaben sind. An der linken Wade, Oberschenkelstreckseite und linkem Oberarm bestehen mit dicken Krusten bedeckte Lupusherde mit schmalem, dunkelrotem Randsaum. A. T. 1 : 1 000 000 +, 1 : 100 000 +, 1 : 50 000 ++, 1 : 5000 ++. (Blasige Lokal-, sehr starke Allgemeinreaktion.) Pirquet ++. Nach Behandlung mit Pyrogallusvaseline und Boekscher Pinselung bilden sich an der Vulva tiefgreifende Geschwüre, die sich unter weiterer Behandlung mit Protargolvaseline zu überhäuten beginnen, noch vereinzelt lupöses Gewebe festzustellen. Der Herd an der Vulva zeigt noch vereinzelte, erodierte, gut granulierende Erosionen. Zum Teil besteht geringe Hyperkeratose. In den nächsten Wochen zeigt der Vulvaherd in den unteren Partien oberflächliche Knötchenbildung und wird mit 1 % iger Pyrogallusvaseline behandelt.

9 Monate nach Behandlungsbeginn ist die Vulva rezidivfrei und bleibt es, wie auch alle andern Herde, bis zur letzten Vorstellung im Jahre 1934.

Dieser Fall stellt wieder einen im klinischen Bild sicheren Lupus vulgaris ohne bakteriologischen oder histologischen Beweis dar. Die Entstehung ist auch hier wahrscheinlich hämatogen erfolgt. Trotz der bestehenden Leistendrüsenschwellung dürfte eine primäre Entstehung schon durch das Auftreten von Rezidiven ausgeschlossen sein. Auffallend ist hier die offenbar durch die therapeutischen Maßnahmen erfolgte Bildung von tiefen Geschwüren an der Vulva, ein Beispiel für die Neigung des lupösen Gewebes zum ulcerösen Zerfall. (Gatè und Michel.)

5. Fall:

B. D., geb. 25. 2. 09. Beginn der Behandlung 23. 6. 26. Familienanamnese: o. B. Eigenanamnese: Als Kind Masern und Lungenentzündung. Kurz darauf trat Husten ein, der noch jetzt besteht. Kein Auswurf. Vor 2½ Jahren schwollen die Hals- und Achseldrüsen an, und bald darauf trat eine Hauttuberkulose des linken Oberarmes auf.

Allgemeinbefund: Die Lungendurchleuchtung ergibt freie Spitzen und Felder. Beiderseits verkalktes Hilusdrüsenpaket. Reichlich descendierende Stränge.

Lokalbefund: Die ganze Vulva ist eingenommen von einer intensiven Rötung und mäßigen Infiltration. Die Haut erscheint verdünnt. Die großen Labien sind ödematös. Stellenweise oberflächliche Erosionen, die ein grünliches Sekret absondern. Keine eigentlichen Geschwüre, auch keine Knötchen. Schleimhaut der Harnröhre und die Innenseite der kleinen Labien erscheint etwas gerötet, ist aber sonst unversehrt. In der linken Leistengegend ist eine 10 mal 3 cm große, unregelmäßige, helle Rötung mit mäßiger Infiltration und Schuppung, in der sich mehrere pfenniggroße Geschwüre mit wallartigem, scharfem, erhabenem Rand und kräftigen Granulationen befinden. Am linken Oberarm ein 20 mal 15 mal 10 cm großes Ulcus von geringer Tiefe mit leicht serpiginösem, wallartig erhabenem, frisch-rotem Rand. Die Leistendrüsen rechts sind vergrößert und strangförmig verbacken. Am Hals, rechten Oberschenkel und beiden Unterschenkeln befinden sich Narben.

Wassermann negativ. A. T. 1 : 1 000 000 +, 1 : 50 000 ++, 1 : 5000 ++.

Eine Probeexcision aus dem linken Oberarmherd ergibt eine tuberkulöse Struktur.

Die Vulva wird mit Röntgenstrahlen und Pyrogallusvaseline behandelt. Nach etwa 2 Monaten wird eine entzündliche Röte bemerkbar. Die linke verdickte große Schamlippe zeigt in der unteren Hälfte einer Fistel. Es handelt sich um einen Senkungsabszeß tuberkulöser Natur. Nach erfolgloser Behandlung mit Jodoformglyzerin wird die Patientin entlassen.

Die Wiederaufnahme erfolgt nach 2 Monaten. Jetzt sind beide großen Schamlippen stark verschwollen und verdickt. Durch den weißlichen, eitrigen, übelriechenden Ausfluß sind die angrenzenden Teile entzündlich gerötet und erodiert. Nach oben von der linken großen Schamlippe findet sich eine kastaniengroße, entzündlich gerötete Vorwölbung, darauf ein tiefgreifendes, zentrales Ulcus mit unterminierten Rändern und einer etwa pfenniggroßen Perforation. Unter Behandlung hat die Sekretion der Wundfläche schlagartig

nachgelassen. Die Reizung und Rötung ist erheblich zurückgegangen. In der linken Genitocruralfurche ist ein längliches 8 mal 3 cm großes, nässendes Geschwür mit überhängenden Rändern und schmierig belegtem Grunde, das in eine Tasche mündet.

Nach einer Behandlungsdauer von einem halben Jahr wird die Patientin ohne Heilungsfortschritt nach der Schweiz zur Kur entlassen, da sich auch der Allgemeinbefund verschlechtert hatte. Sie kommt dort an einer Gehirnembolie ad exitum.

Hier handelt es sich um eine Tuberkulosis colliquativa des linken Labium maius und eine Tuberkulosis ulcerosa der linken Genitocruralfurche und des linken Oberarmes. Letztere ist durch den histologischen Befund als tuberkulös erwiesen. Histologische oder bakteriologische Beweise für den Vulvaherd fehlen. Die Entstehung ist unklar. Entweder sind alle drei Herde hämatogen entstanden, oder der Vulvaherd entstand von dem Geschwür der linken Genitocruralfurche lymphogen oder per continuitatem.

Das Studium dieser Fälle wie auch der in der Literatur gefundenen zeigt, wie wenig von histologischen und bakteriologischen Untersuchungen und von Tierversuchen Gebrauch gemacht worden ist. Weil aber zahlreiche Erkrankungen verschiedenster Ätiologie die gleichen Krankheitserscheinungen an der Vulva hervorrufen können, ist die Diagnose allein aus dem klinischen Bild oft schwierig oder ganz unmöglich. Dazu kommt, daß das eigentliche Krankheitsbild oft durch Sekundärinfektionen verschleiert wird oder daß sich die Tuberkulose sekundär auf eine andere Erkrankung der Vulva aufpfropft und so wiederum kein klares Bild entsteht.

Bei der Differentialdiagnose muß man insbesondere die Lues in allen Stadien, Carcinome, Ulcus molle, Lymphogranuloma inguinale, Elephantiasis durch Filiaria oder Streptococcen, Condylome, Esthiomène unbestimmter Ätiologie, ulceröse Prozesse nicht spezifischer Natur, Ulcus Lipschütz, Aphthen berücksichtigen. Neben der Sekundärinfektion spielt bei der Erschwerung der Diagnose noch die Lymphstauung eine Rolle.

Es ist wohl zweifellos richtig, daß die Tuberkulose der Vulva zu den seltensten Lokalisationen der Hauttuberkulose gehört. Andererseits ist die Annahme, daß eine erhebliche Anzahl von Vulvatuberkulosen unter anderen Diagnosen laufen, ebenso berechtigt. Einmal sind in diesen Fällen überhaupt keine Unersuchungen in Richtung Tuberkulose angestellt worden oder durch einen einzigen negativen Befund ausgeschlossen worden. Ich habe aber schon mehrfach darauf hingewiesen, daß man sich mit einem einzigen negativen Befund nicht zufriedengeben kann, da der Befund der histologischen und bakteriologischen Präparate sowohl von dem

augenblicklichen Zustand des Prozesses als auch von der Schnittführung abhängt. Ich weise hier nochmals auf Riecks Ansicht hin, insbesondere bei akuten Schüben zu untersuchen.

Die Prognose und Therapie der Vulvatuberkulose ist abhängig von der Entstehung, Entwicklung, Komplikationen, anderweitigen Lokalisationen der Tuberkulose und Gefahr und der Möglichkeit einer Ascension. Deswegen ist sie zunächst am günstigsten bei allen Primärkomplexen. Wenn die Therapie sofort eingeleitet wird, sind Heilungen eher möglich als bei einem Primärkomplex der Lungen, da ja an der Vulva eine eingehende lokale Therapie möglich ist. Bei den anderen Entstehungsarten der Vulvatuberkulose wird die Prognose und Therapie immer von der primären Manifestation der Tuberkulose und der Art und des Umfanges der Generalisierung abhängen.

Zum Schluß dieser Arbeit möchte ich nochmals zusammenfassend die Forderung erheben, auch bei der Vulvatuberkulose alle diagnostischen Hilfsmittel anzuwenden, insbesondere auch Untersuchungen über die Entstehung anzustellen, um so den Ausgangspunkt festzustellen, ein Gesichtspunkt, der für Therapie und Prognose von großer Wichtigkeit ist. Hierher gehören vor allem bakteriologische Untersuchungen von Auswurf, Urin, Sekreten aus Vagina und Cervix und Fäeces. Wie man immer bestrebt ist, offene Lungentuberkulosen zu erkennen und zu isolieren, so muß es auch bei der Vulvatuberkulose neben der Stellung der Diagnose oberstes Ziel sein, die infektiösen Fälle zu erkennen und zu isolieren, um so neue Infektionsquellen zu verstopfen.

Für die liebenswürdige Überlassung des Themas sowie für die mir gegebenen Anregungen und Unterstützungen gestatte ich mir, Herrn Professor Dr. H. Gottron meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

SCHRIFTTUM.

Arenas: Esthiomène der Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 44 S. 495).

Audry: Organisation de centres de traitement du lupus vulgaire (Paris. med. 15-4-1925, ref. Arch. f. Dermat. Bd. 88 S. 309)

Baumgarten: Zur Kritik der ascendierenden Tuberkulose im weiblichen Genitaltrakt (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 1 S. 325)

Bender: Lupus der Schleimhaut (Arch. f. Dermat. 156)

Beron: Tuberkulöses Geschwür der Vulva und der angrenzenden Haut (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 31 S. 416)

Bertolini G.: Anatomisch-pathologische Beiträge zur weiblichen Genitaltuberkulose (Zbl. f. Gynäk. Bd. 45 S. 1830 (1921), Zbl. f. Hautkrh. Bd. 4 S. 234)

Bogi Dino: Über einen Fall von Elephantiasis der Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 4 S. 234)

Borroni: Nota clinica sulla bartolonite tubercolare (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 33 S. 654)

Boxer: Tumorartige Hauttuberkulose der großen Labie (Zbl. f. Gynäk. J. 1930/3, Zbl. f. Hautkrh. Bd. 37 S. 155)

Brillinger: Esthiomène-artiges Krankheitsbild bei Haut- und offener Lungentuberkulose (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 56 S. 163)

Brocqu: Massige Esthiomène der Vulva. ... (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 42 S. 679)

Bulkley: Tuberculosis of the vulva (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 9 S. 429)

Büben: Elephantiasis vulvae (Zbl. f. Gynäk. 1928/3, Zbl. f. Hautkrh. Bd. 29 S. 595)

Chevallier: Inoculation tuberculeux vulvaire d'une jeune maireé (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 56 S. 352)

Criado: Esthiomène der Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 26 S. 439)

Crosti: Sull' etiologie dell' esthiomène (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 10 S. 319)

Cullen: Tuberkulöses Geschwür der vorderen Scheidenwand (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 2 S. 411)

Daniel, Jassy: Die elephantiastische Tuberkulose der Vulva (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 8 S. 473)

Danlos et Pathaut: Tuberculose vulvaire et leucoplasie (Arch. f. Dermat. Bd. 88 S. 369)

Deschamps: Nicht syphilitische Ulcerationen der Vulva und Vagina (Zbl. f. Gynäk. 1886/15)

Feßler-Oppenheim: Lupus vulgaris der Vulva (Arch. f. Dermat. Bd. 156 S. 545)

Flarer: Tuberculose primitiva infantile della vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 19 S. 191)

Forster: Über Erythema induratum (Arch. f. Dermat. Bd. 153 S. 99)

Fuhrmann: Die Genitaltuberkulose des Weibes (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 2 S. 549)

Gaetani: Sulla tuberculosi della vagina e della vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 51 S. 528)

Gasparjan: Die Tuberkulose der weiblichen Harnröhre und Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 34 S. 398)

Gatè: Tuberculosis ulcerosa genitalis mit spezifischer Leistendrüsenbeteiligung u. intercurrentem Erythema nodosum (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 53 S. 633)

Gatè, Michel, Chanial, Racouchot: Ulcerative Vulvatuberkulose mit iliaco-inquinaler Drüsenbeteiligung (Zbl. f. Hautkrh. 58—371)

Gatè u. P. Y. Michel: La Tuberculose Vulvaire (Annales de Dermat. et de Syph. Nr. 8 — 1938)

Gay: Beitrag zum Studium des Ulcus chronicum elephantiasticum vulvae (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 35 S. 444)

Geiger: Tuberkulöse Erkrankung der Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 26 S. 116)

Gravagna: Ulcerazioni tubercolare primitiva della vulva e della vesica (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 5 S. 109)

Häberlein: Lupus vulvae (Arch. f. Gynäk. 1890/37)

Halter: Tuberkulöse Formen des weiblichen Genitales (Zbl. f. Gynäk. Bd. 18 S. 1148)

Harttung: Lues und Tuberkulose der Vulva (Arch. f. Dermat. 60—148)

Hellier: Tuberkulöses Geschwür des Dammes und der Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 2 S. 133)

Hudelo; Rabut et Caillian: Elephantiasis tuberculeux de la vulve. (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 23 S. 471)

Huseym: Ein Fall von tuberkulösem Primäraffekt am Introitus vaginae (Beiträge zur Klinik der Tbc. Bd. 87 S. 708)

Jaworowskaja: De la tuberculose des organes genitaux externes de la femme (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 57 S. 79)

Jeß: Über Ulcus rodens vulvae (Zbl. f. Gynäk. 1923/1 S. 509)

Jesionek: Über die tuberkulöse Erkrankung der Haut und Schleimhaut im Bereich der äußeren weiblichen Genitalien (Beiträge zur Klinik der Tbc. Bd. 2/1)

Jonth: Die Bedeutung der Urogenitaltuberkulose für die anormale Vita sexualis (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 50 S. 543)

Jung und Bennecke: Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der weiblichen Genitaltuberkulose (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 1 S. 135, Arch. f. Gynäk. 80 — 1)

Koch: Ulcus vulvae (Arch. f. Dermat. Bd. 34/1896)

Kotelnikoff: Une lesion etendue de lupus des parties genitales chez une femme (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 56 S. 318)

Koyama: Ein Fall von Lupus vulvae (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 51 S. 429)

Krömer: a) Einige seltene Formen der weiblichen Genitaltuberkulose (Zbl. f. d. Tbc. Bd. 2 S. 233)

b) Tuberkulose der Vulva und Harnröhre (Zbl. f. Gynäk. 1913/1 S. 922)

Lasek: Tuberkulose der Vulva (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 9 S. 325)

Leszczynski: Lupus vulgaris mit seltener Lokalisation (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 25 S. 280)

Lionetti: Esthiomène bei einer luischen, tuberkulösen und gonorrhischen Patientin (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 51 S. 317)

Lipp: Lupus am Labium maius (Wiener Med. Presse 30 — 1889; ref. im Handbuch d. Dermat. Bd. 10/1 S. 238)

Logothetopulus: Über die Tuberkulose der Vulva (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 1 S. 128, Arch. f. Gynäk. B. 79 S. 2)

Maccari: Tuberkulöses Scheidengeschwür. Contributo Allo studio dell' ulcera vulvae tuberculosa (Zbl. f. Hautkrh. B. 14 S. 132)

Medina: Betrachtungen über 4 Fälle von Esthiomène (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 22 S. 460)

Menge: Eine Genitaltuberkulose der Frau nach Cohabitation mit einem an Harntuberkulose Kranken (Zbl. f. d. Tbc. Bd. 5 S. 623)

Milian et Delarue: Elephantiasis vulvaire (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 25 S. 384).

Nordenskjöld: Ein Fall von primärer Scheidentuberkulose mit Erythema nodosum (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 59 S. 303)

Pankow: Die Genitaltuberkulose des Weibes (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 18 S. 301)

Pestalozza: La tuberculosi genitale nella donna Roma (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 14 S. 472)

Planner und Remenowsky: Beiträge zur Kenntnis der Ulcerationen am äußeren weiblichen Genitale (Arch. f. Dermat. Bd. 140 S. 162)

Popoff: La tuberculose genitale externe de la femme, esthiomène tuberculeux et antres formes cliniques (Revue Francaise de Dermat. et de Ven. 1938 — 6)

Rieck: Zur Ätiologie des Ulcus rodens vulvae (Zbl. f. Gynäk. Bd. 51 S. 15)

Rochat: Etude des superinfections tuberculeuses de la peau (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 31 S. 768)

Roederer: Ulceration tuberculeuse peri-urethrale chez une jeune fille de 22 ans (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 30 S. 538)

Röhrer: Primäre Penis- und Vulvatuberkulose beim Rind (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 51 S. 542)

Rütter: Ein Fall von Ulcus rodens vulvae (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 46 S. 542)

Schade: Über Ulcus Vulvae chronicum (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. 51 S. 190)

Scherber: Erscheinungen der kolliquativen Hauttuberkulose mit besonderer Lokalisation (Wiener kl. Wschr. Bd. 30—38 J. 1914)

Schidach: Über Erythema induratum (Arch. f. Dermat. Bd. 90 S. 371)

Schoenholz: Über Ulcus rodens vulvae (Zbl. f. Gynäk. 1926/2)

Schröder und Kuhlmann: Die Ulcerationen der Vagina (Arch. f. Gynäk. Bd. 115 S. 145)

Schumann: Vulvatuberkulose beim Rind (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 45 S. 88)

Seiffert: Über Tuberkulose der äußeren Genitalien des Weibes (Arch. f. Dermat. Bd. 113 S. 1015)

Simon und Syrkin: Seltene Lokalisation des Lupus vulgaris (Dermat. Wschr. 1936 — 1 — S. 1079)

Simonds: Über Tuberkulose des weiblichen Genitalsystems (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 3 S. 382)

Sjamsoeddin: Ulcus tuberculosum vulvae (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 59 S. 303)

Stokes: Ecquired lymphangioma of the vulva secondery to tuberculous obliteration of the inquinal glands (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 13 S. 59)

Straßmann: Tuberkulid der Vulva (Berl. kl. Wschr. 1901 S. 615)

Sutger: Esthiomène der Vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 23 S. 471)

Swain: Tuberculous vulvovaginitis (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 57 S. 239)

Tarsis: Zur Frage der Elephantiasis vulvae und der Esthiomène (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 31 S. 770)

Traverso: Tuberculosi della vulva (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 37 S. 155)

Urus, Burhan, Remzi: a) Ein seltener Fall von tuberkulösem Ulcus vulvae (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 56 S. 125)

b) Tuberkulöser Schanker der Vagina (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 59 S. 366)

Veit: Tuberculosis vulvae (Handbuch d. Gynäk. Bd. 1 S. 164)

Viatte: Lupus vulvae (Arch. f. Gynäk. Bd. 40 S. 474)

Viethen: Tuberkulöse Kontaktinfektion der äußeren Genitalien (Dermat. Wschr. 1932 — 2 S. 1469, Zbl. f. Hautkrh. Bd. 43 S. 460)

Weber: Elephantiasis nostras (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 9 S. 80)

Weibel: Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates (Biologie u. Pathologie d. Weibes Bd. 5 — 1925, Arch. f. Dermat. Bd. 156 S. 545)

Weil et Menetrier: Rectumverengerung mit Vulvaulceration tuberkulösen Ursprungs (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 56 S. 497)

Weinberger: Kasuistischer Beitrag zur Esthiomène (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 36 S. 445)

Wichmann: Geschwürige Tuberkulose der Vulva auf luischer Basis (Dermat. Wschr. Bd. 66 S. 33)

Wiedtopff: Strikturierende Tuberkulose der weiblichen Harnröhre (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 25 S. 383)

Wildboltz: Über Urogenitaltuberkulose (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 58 S. 705)

Wojaczek: Vagina u. Vulvatuberkulose (Zbl. f. Gynäk. 1930/3)

Wolff: Tuberkulöses Ulcus einer Schamlippe (Dtsche. Med. Wschr. 1907/51)

Jüdische Autoren:

Bloch: Tuberkulöses Ulcus am Genitale mit erweichter Inquinaldrüse bei 25 jährigem Mädchen (Handbuch der Haut- u. Geschlechtskrh. Bd. X S. 325)

Brauereisen: Experimenteller Beitrag zur Cohabitationstuberkulose der weiblichen Genitalien (Arch. f. Dermat. Bd. 137 S. 333)

Deutsch: Bartholinitis tuberculosa mit Bazillennachweis (Wiener Med. Wschr. 1934/2, Zbl. f. Hautkrh. Bd. 51 S. 80)

Jadassohn: Die Tuberkulose der Haut (Mraceks Handbuch der Hautkrh. Bd. 4/1)

Levy und Glasser: Tuberculose gommeuse et fistuleuse de la region vaginale et du pli de l'aine (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 18 S. 392)

Nobl: Isolierte verrucöse und ulceröse Form der Vulvatuberkulose (Festschrift Kaposi S. 840)

Oppenheim: a) Lupus vulgaris nodularis des Vestibulums vulvae bei 5 jährigem Mädchen (Zbl. f. Hautkrh. Bd. 27 S. 474)

Sachs: Beiträge zur Pathologie der Vulvitis (Wiener kl. Wschr. Bd. 18 — 23 — S. 602)

Solomons: Ein Fall von Ödem und Ulceration der Vulva (Zbl. f. d. ges. Tbc. Bd. 15 S. 16)

Volk: Tuberkulose der Haut (Handbuch d. Hautkrh. Bd. 10/1)

Zweigbaum: Tuberculosis ulcerosa vulvae (Berl. kl. Wschr. 1888 — 22)

LEBENSLAUF.

Am 22. Oktober 1911 wurde ich als Sohn des Krankenhaus-Oberinspektors Wilhelm Grüssner und seiner Ehefrau Berta, geb. Mühl, in Gleiwitz OS. geboren. Von Ostern 1918 bis Ostern 1921 besuchte ich die Städtische Knabenvorschule in Gleiwitz. Ostern 1921 trat ich in die Sexta des Staatlichen Gymnasiums in Gleiwitz ein und verließ die Anstalt Ostern 1931 mit dem Zeugnis der Reife.

Von Ostern 1931 studierte ich an den Universitäten Graz, Greifswald, Würzburg, München, Breslau Medizin und legte am 2. April 1938 das ärztliche Examen ab.

Das praktische Jahr begann ich in der Universitätsklinik und Poliklinik für Hautkrankheiten in Breslau und praktizierte dann an der Inneren und Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhospitals zu Allerheiligen in Breslau.

Am 18. Juni 1939 trat ich eine Volontärarztstelle am Winterfeldt-Sanatorium in Berlin (chirurgische-homöopathische-dermatologische Privatklinik) an.

Seit dem 5. September 1939 bin ich zur Vertretung eines zur Wehrmacht eingezogenen praktischen Arztes beordert.

Herbert Grüssner.